

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
MYOSITES AIGÜES SUPPURÉES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
présentée et soutenue publiquement le Mercredi 18 Décembre 1935

PAR

René-Édouard GRIFFON
Elève du Service de Santé de la Marine
né à Rioux (Charente-Inférieure), le 24 août 1908

Examinateurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur	Président.
		GUYOT, professeur	Juges
		CHARRIER, agrégé	
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE J. BIÈRE
18-20-22, rue du Peugue

1935

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1935-1936

N° 60

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
MYOSITES AIGÜES SUPPURÉES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 18 Décembre 1935

PAR

René-Édouard GRIFFON

Elève du Service de Santé de la Marine
né à Rioux (Charente-Inférieure), le 24 août 1908

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur	Président.
		GUYOT, professeur	Juges
		CHARRIER, agrégé	
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE J. BIÈRE

18-20-22, rue du Peugue

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen..... M. MAURIAC
 Assesseur..... M. LABAT
 Doyen honoraire M. C. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE,
 RIVIÈRE, BARTHE, DENIGES, BEILLE, CASSAET, CHAVANNAZ, PACHON

PROFESSEURS

MM.			MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie....	ROCHER
Clinique chirurgicale....	DUPÉRIE	Clinique médicale des maladies des enfants.....	CRUCHET
Clinique chirurgicale et gynécologique.....	BEGOUIN.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY
Pathologie et thérapeutique générales.....	GUYOT.	Physique médicale et pharmacologique.....	C. SIGALAS.
Clinique d'accouchements.	CARLES.	Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques.....	BONNIN
Anatomie pathologique et microscopie clinique....	ANDERODIAS.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques....	PETGES.
Anatomie.....	SABRAZES.	Clin. des mal. des voies urinaires..	DUVERGEY
Anatomie générale et histologie.....	VILLEMIN.	Clinique des maladies nerveuses et mentales....	ABADIE
Hygiène.....	G. DUBREUIL.	Clinique d'Oto-rhino-laryngologie...	PORTMANN.
Médecine légale et déontologie.....	LEURET.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale..	LANDE	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	CREYX
Chimie.....	RÉCHOU	Clinique-dentaire.....	N.
Botanique et matière médicale.....	CHEILLÉ.		
Pharmacie.....	GOLSE.		
Zoologie et parasitologie.	DUPOUY.		
Médecine expérimentale..	MANDOUL.		
Clinique ophtalmologique.	AUBERTIN.		
	TEULIÈRES		

LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).
 PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale)

AGRÈGES EN EXERCICE

MM.			MM.
Anatomie.....	DUBÉCO.	Chirurgie générale.....	CHARRIER.
Anatomie.....	DUFOUR.		LOUBAT.
Physiologie.....	FABRE.	Obstétrique.....	RIVIÈRE.
		Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX
		Oto-Rhino-Laryngologie.....	DESPONS
Médecine générale.....	DAMADE	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
	PIECHAUD.	Physique médicale.....	WANGERMEZ
	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceutique et toxicologie...	VITTE.
	DE GRAILLY		
	FONTAN		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.			MM.
Physiologie.....	FABRE	Pharmacie chimique.....	VITTE
Médecine opératoire.....	F. PAPIN	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Accouchements.....	RIVIÈRE.	Physique médicale et pharmacologique	WANGERMEZ
Pathologie médicale.....	DELMAS-MARSALET.	Botanique.....	GIRARD.
Ophtalmologie.....	CABANNES (en congé)	Médecine légale.....	DERVILLÉE
Puericulture.....	FAUGÈRE	Bactériologie.....	MOUREAU

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes..... MM. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

UNIV.
 LIOTHEEK
 EIDEN

A MES PARENTS

à qui je dois tout. Faible témoignage d'affection et de reconnaissance.

A MA FEMME

A MA SŒUR

A MONSIEUR MAZURIER

qui fut en toutes circonstances un second père pour moi.

A TOUS LES MIENS ET A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL CAZAMIAN

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DE SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF BRUN

SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR AUDERODIAS
MONSIEUR LE DOCTEUR DUBOURG,
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JOULIA,
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEURET,
MONSIEUR LE DOCTEUR SECOUSSE,
MONSIEUR LE DOCTEUR LACOUTURE,
MONSIEUR LE DOCTEUR AUGITROU.

A MES JUGES

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DUVERGEY

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

CORRESPONDANT NATIONAL DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Tous nos remerciements
pour le grand honneur qu'il
nous fit en présidant cette
thèse.*

INTRODUCTION

Nous nous proposons d'étudier les infections aiguës des muscles de la vie de relation au stade d'abcédation.

Pour désigner cette forme clinique des myosites il existe une terminologie des plus variées pouvant prêter à confusion : myosite aiguë suppurée, polymyosite des pays chauds, pyohémie à abcès profonds, myosite purulente, pyomyosite aiguë, lombo, doundou, kili...

De tous ces vocables nous retiendrons celui de myosite aiguë suppurée qui, cliniquement et anatomiquement, situe bien la question.

Le terme de pseudo-myosite, rencontré fréquemment dans les journaux médicaux coloniaux, ne figurera pas dans ce travail : cette appellation tendant à faire croire à des lésions extra-musculaires ; or, presque toujours, on désigne de la sorte de véritables abcès collectés à l'intérieur de la gaine d'enveloppe du muscle ; très souvent dans le pus de ces abcès on a décelé la présence de fibres musculaires plus ou moins sphacélées.

Nous passerons sous silence les myosites suraiguës et subaiguës, formes n'entraînant pas l'abcédation, l'une parce que la mort survient avant, l'autre parce que le tissu musculaire reprend son intégrité sans suppurer.

Nous éliminerons aussi toutes les formes chroniques abcédées ou non quelle que soit leur origine (pyogènes banaux, bacilles tuberculeux, tréponèmes, mycoses).

Nous ne parlerons pas des myosites aiguës suppurées survenant au cours de septicémies aiguës ou à la suite d'infections de voisinage (infections intramusculaires septiques, ostéomyélites, fractures ouvertes et toutes suppurations d'alentour).

Nous avons donc en vue dans ce travail les formes de myosites aiguës suppurées survenant au déclin ou à la suite d'une septicémie diagnostiquée ou non (typhoïde surtout) et les formes en apparence primitives.

Ces deux sortes de myosites au premier abord dissemblables offrent comme nous le verrons de nombreux points communs (pathogénique, clinique, pronostique, thérapeutique).

HISTORIQUE

1803. Latour cite une observation d'abcès musculaire dans une septico-pyohémie.

1819. Velpeau a la nécropsie d'un typhique constate une rupture des muscles du bas-ventre; il croit que ces malades se déchirent les muscles par leurs mouvements brusques.

1820. Villeneuve donne une observation de « Rhumatisme suppuré »; pour lui, le tissu cellulaire situé entre l'aponévrose et le muscle suppure, non le tissu musculaire. Birard (1832), formule la même opinion.

1829. Thollé décrit l'apparence pâle, décolorée des muscles dans la fièvre typhoïde, leur prédisposition à la rupture.

1838. Tessier, puis Milcent rapportent des faits d'abcès purulents intramusculaires.

Mais il faut attendre Zenker (1864) et Hayem (1870), pour avoir une vue d'ensemble et une description anatomo-pathologique des lésions; description depuis lors restée classique.

Enfin avec l'ère pasteurienne apparaissent successivement les travaux de Labuze (1871), Jacops (1873), Sentex (1880), Hôlscher (1891), Someil (1894) sur les myosites éberthiennes.

Les autres myosites aiguës suppurées sont aussi décrites et étudiées par Nicaise (1877), Scriba (1885), Brunon (1886), Klippel (1887). Maclaure (1893), Gouget (1894), Bujwid (1895), Suard (1896),

Mollard et Régaud (1899), puis Durante (1902), en précisent les caractères anatomo-pathologiques.

Les Japonais, Ito et Sinnoka (1903) et Miyake (1904), sont les premiers à donner des statistiques importantes sur cette question.

Sarrailhé (1909), fait part des cas qu'il a observés aux colonies.

En 1922 enfin le professeur Sabrazès écrit son livre sur les

myosites aiguës, typhiques et paratyphiques, résumant l'état actuel de la myopathologie.

Depuis, en plus d'une discussion à la Société nationale de chirurgie de Paris (1932-1933), sont parus les travaux de Osawa et Ranaka au Japon (1926-1929), les publications des médecins coloniaux : Huard, Pales, Bouffard, Commes, Massias, et enfin tout récemment une thèse très documentée de Pergola.

ETIOLOGIE

La myosite aiguë suppurée, de fréquence variable suivant les pays, la race, l'âge, le sexe, présente une étiologie compliquée tenant à la multiplicité des germes en cause et à un certain nombre de facteurs prédisposants, que nous passerons successivement en revue.

Pays. — La myosite aiguë suppurée, affection rare en France et même en Europe, où les cas ne sont signalés que de loin en loin, est une maladie fréquente sous d'autres latitudes (Extrême-Orient, Orient, colonies).

Le Japon surtout semble payer le plus lourd tribut à cette maladie.

Miyake (1904), sur 33 cas de myosites aiguës primitives qu'il observe coup sur coup, relève 27 fois la suppuration.

Sur 250 cas de myosites, publiés à cette date au Japon, 200 à peu près sont abcédés.

Osawa en dix mois a pu en inciser 30. Deushi, en 1929, publie 165 cas personnels.

Aux colonies les faits sont aussi très fréquents.

Au travail princeps de Sarrailhé(1908) portant sur 8 cas, succèdent les publications de Bouffard (2 cas), Commes (4 cas), Laigret et Lefrou (11 cas), Huard (21 cas), Pales (29 cas sur 35 observations de myosites), Massias (15 cas) pour ne citer que les principaux travaux parmi ceux des médecins coloniaux français.

C'est cette fréquence beaucoup plus grande des myosites aiguës suppurées en dehors de l'Europe qui en fit faire une affection spécifiquement coloniale (Bouffard, Commes, Laigret et Lefrou).

Nous verrons plus loin qu'il faut surtout en voir la cause

dans les conditions de vie de l'indigène et de l'européen à la colonie, assez dissemblables des nôtres.

Race. — Il en est de même pour la race; jaunes, noirs, blancs seront dans les mêmes circonstances aussi susceptibles les uns que les autres.

Sexe. — L'abcès éberthien se voit le plus souvent chez les hommes. Mais très certainement avec la vaccination préventive T. A. B. des jeunes recrues à leur arrivée au régiment, cette complication de la dothiéntérie ne sera plus observée chez les hommes; elle fera partie de l'ancienne pathologie.

Dans les autres formes, c'est encore l'homme qui est le plus fréquemment atteint.

Osawa sur 30 cas relève 23 hommes et 7 femmes. Pergola compte 40 hommes pour 10 femmes, Massias 8 hommes pour 6 femmes.

Parmi les observations rencontrées au cours de nos lectures nous relevons 92 hommes pour 14 femmes.

Age. — La myosite aiguë suppurée considérée comme une affection de l'adulte entre 16 et 45 ans se rencontre fréquemment chez l'enfant et même chez le nourrisson.

Klemperer, puis Finger, Gohrr et Schlagenhauser rapportent 2 cas de myosite aiguë suppurée à la suite d'ophtalmie purulente, l'un chez un enfant de quelques jours, l'autre chez un enfant de trois semaines.

Massias publie une observation de myosite aiguë suppurée à staphylocoques chez un enfant de 17 mois.

Sur les 123 observations que nous avons compulsées nous relevons celles de 16 enfants avant 15 ans.

Causes déterminantes.

En dehors du *bacille typhique* cause d'environ 30 myosites suppurées (observations publiées à ce jour), le germe relevé le plus souvent à l'origine des abcès musculaires est le staphylocoque; viennent ensuite le streptocoque, le gonocoque, le pneumocoque, les colibacilles, les pasteurelloses; nous dirons aussi un mot de la filariose et de l'amibiase.

Staphylocoque.

Abrami et Worms sur 63 cas trouvent 51 fois le staphylocoque soit 89 %.

Sur 55 cas relevés par Pergola, 26 fois le staphylocoque est en cause : soit 49 %.

Sur les 123 observations que nous avons compulsées 98 fois l'identification du germe a été faite et 69 fois on trouve le staphylocoque seul et une fois associé au gonocoque, soit 56 % ou 70 % suivant que l'on se reporte aux 123 observations ou aux 98 identifications.

Streptocoque.

Ce germe est beaucoup moins souvent à l'origine de myosites aiguës suppurées. Abrami et Worms accusent 12 fois le streptocoque sur 63 cas; mais ce streptocoque donna lieu à des formes suraiguës mortelles, formes, qui n'entrent pas dans le cadre de cette étude. Sur nos 123 cas nous ne relevons que 5 fois le streptocoque seul et une fois associé au colibacille (Yovtchich et Vassitch), soit 5 %.

Gonocoque.

Courtois-Suffit dit que « le gonocoque en se généralisant, semble aimer le muscle », c'est exact mais nous pouvons ajouter qu'il l'aime rarement au point de le faire suppurer.

Nous l'avons trouvé cinq fois seul et une fois associé au staphylocoque, soit 5 %.

Pneumocoque.

Semble être la cause fréquente de myosites aiguës aux colonies.

Sept fois il produisit l'abcédation dans nos observations, soit 6 %.

Pasteurella.

Le médecin général Bouffard, en 1920, publie 2 observations d'abcès musculaires; dans le pus de ces abcès il aurait trouvé et isolé un germe du genre *Pasteurella*. Commes, en 1918, confirme ces recherches et publie 4 cas de myosites aiguës suppurées causées par le *Pasteurella* Bouffardi; de plus cet auteur dit avoir, en trois ans, sur 27,000 consultations relevé

huit fois ce germe. Ce sont les deux seuls auteurs qui, à notre connaissance, aient trouvé ce microbe.

Filariose, amibiase.

Külz, von Polak, Zieman ont observé au Cameroun des abcès musculaires multiples qu'ils rattachent à l'infestation filarienne; dans le pus des abcès dus aux filaires ces auteurs auraient trouvé du staphylocoque seul ou associé au streptocoque. Wise et Minett (1914), disent avoir trouvé vingt-deux fois sur vingt-huit des traces du ver adulte dans le pus des abcès. Mais de nombreux auteurs (Laigret et Lefrou, Huard, Pales) n'y sont jamais parvenu malgré de fréquentes recherches.

Il en est de même pour l'amibiase; Sharp et Mousson, Masias, Lacaze, Butaud décrivent des abcès amibiens mais ne donnent aucune preuve parasitologique, se basant sur les bons résultats du traitement éméthinien pour formuler leur diagnostic.

Aussi nous rangerons-nous à l'avis de Le Roy des Barres lorsqu'il dit en parlant des abcès amiliens intramusculaires « cette complication de l'amibiase si elle est théoriquement possible demande confirmation car on ne saurait être trop circonspect dans la diagnose des amibes dans le pus ».

Causes favorisantes.

1° *Locales.* — C'est du rôle localisateur du traumatisme dont nous voulons parler. Hayem, Lejars, Pales, Bazy, Picot, Sarrailhé, Soulié, en citent de nombreux exemples.

Sarrailhé, entre autres, invoque, en parlant de la prédilection des abcès musculaires pour les faces externe et dorsale des membres inférieurs, « le fait que plus exposés par leur situation aux violences extérieures, les traumatismes même légers peuvent créer localement des congestions passagères qui deviennent des centres irritatifs d'attraction pour les colonies microbiennes ».

Laigret et Lefrou s'élèvent contre cette opinion disant que

dans la typhoïde les mêmes muscles devraient être lésés par le processus suppuratif.

En réalité, chez le typhique le mécanisme est tout différent. L'abcès musculaire se développe sur du tissu musculaire déjà lésé (dégénérescence cireuse), moins résistant que dans une septicopyohémie atténuée à staphylocoques, gonocoques ou autres.

Dans la dothiéntérie, ce seront les muscles qui travaillent le plus qui seront frappés comme l'ont montré Zenker, puis le professeur Sabrazès.

Le malade alité, réduit à une vie végétative emploie surtout les muscles de la respiration, de la défécation, de la miction; ce seront donc les muscles de l'abdomen (grands droits le plus souvent), psoas, pelvi-trochantériens, pectoraux, intercostaux, qui seront le siège des abcès; et cela de préférence s'il y a eu rupture préalable du muscle et formation d'un hématome; ce dernier constituant un excellent milieu de culture.

2° *Générales.* — Ce seront toutes les causes pouvant amener une moindre résistance du terrain.

a) Froid et humidité.

Hayem, puis les médecins coloniaux ont mis en valeur ces deux facteurs; ils ont remarqué que, au début de la saison des pluies, les abcès étaient plus fréquents à la colonie.

b) Fatigue et surmenage.

Les observations de myosites aiguës suppurées s'adressent en général à des personnes fatiguées, ayant une profession pénible (manœuvres, forgerons, mineurs), ou à des individus ayant fourni un effort (soldats en manœuvres). Les toxines musculaires ainsi mises en circulation annihilent les propriétés bactéricides du suc musculaire.

De plus le travail musculaire augmente l'acidité des colloïdes musculaires. Sous l'influence de la fatigue, l'acide lactique n'est plus oxydé et reste en excès. Les ions hydrogènes augmentent alors dans le muscle qui absorbe plus d'eau et devient turgescent, rigide; on comprend de ce fait que la circulation de ses capillaires soit entravée et que, par suite, sa résistance à l'infection soit diminuée.

e) Infections.

Toutes les infections aiguës, sans produire des lésions musculaires dégénératives marquées (à part la morve aiguë et le charbon qui ont une certaine affinité pour le tissu musculaire), amoindrissent la force de résistance du terrain; les maladies infectieuses : rougeole, scarlatine, grippe, variole, diphtérie, l'endocardite ulcéreuse, les septicémies puerpérales sont souvent trouvées dans les antécédents du malade.

La syphilis mal soignée peut aussi être invoquée.

d) Intoxications.

L'alcoolisme est souvent relevé dans les observations.

Aux colonies, en plus de l'alcoolisme, il faut noter la saleté des malades porteurs de nombreuses excoriations cutanées.

Les indigènes, ayant des abcès, sont en général des individus peu et surtout mal nourris.

Leur alimentation, à base de riz décortiqué en Extrême-Orient, de poisson salé ou fumé, de riz blanc, de bananes, de bâtons de manioc en Afrique, ne renferme presque pas de vitamine B.

Chez les béribaldiens il y aurait une dégénérescence musculaire avec atrophie des fibres, puis dégénérescence graisseuse.

Les médecins japonais, Osawa en particulier, ont fait des expériences sur les animaux; aux uns ils donnent une nourriture carencée, aux autres, un régime normal; les premiers font beaucoup plus facilement que les seconds des abcès musculaires.

Les médecins coloniaux estiment que, parmi les porteurs de myosites suppurées, 43% sont atteints de lésions béribaldiennes.

Mono et polymyosites.

Tous les germes peuvent produire soit des mono, soit des polymyosites; dans ce dernier cas le facteur septicémique est plus net et le pronostic se trouve assombri d'autant.

Sur 123 observations nous trouvons 59 polymyosites, soit 48 %.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Macroscopique.

Les abcès, qu'ils soient uniques ou multiples présentent le même aspect; ils sont collectés dans le muscle mais sans qu'il y ait à proprement parler de membrane pyogène limitante.

Le pus est circonscrit par le tissu musculaire plus ou moins déchiqueté et mortifié.

Dans les abcès pneumococciques pourtant, on trouve une paroi propre; les lésions du tissu noble n'en dépassent guère les limites.

Le pus : En quantité très variable, de quelques centimètres cubes à une demi-cuvette (Riou), le pus peut être jaune ou vert, bien lié; mais presque toujours il a une couleur chocolat, râclure de foie et renferme des débris musculaires plus ou moins sphacelés.

Microscopique.

Nous décrirons séparément les lésions du tissu musculaire par le bacille d'Eberth et par les autres germes.

1° *Lésions dans la typhoïde*¹.

Elles intéressent surtout la fibre musculaire et débutent bien avant la formation de l'abcès. Nous rappellerons brièvement ces lésions.

Le sarcoplasme persiste pendant toute la durée de la maladie mais il s'hyperplasie et mobilise ses noyaux.

Les fibres se dissocient d'abord en leurs faisceaux fibrillaires, se vacuolisent au contact des noyaux, puis dégénèrent dans la suite.

1. Nous nous sommes inspiré pour la rédaction de ce paragraphe du travail du professeur Sabrazès (Myosites aiguës, typhoïde et paratyphoïde).

Cette dégénérescence sera triple : granuleuse, graisseuse, cireuse; cette dernière étant peut-être la première en date (Zenker).

La transformation cireuse encore appelée vitreuse par Cornil et Ranvier, granulo-vitreuse par Hayem, réduit les fibres et les transforme en une masse informe qui prend une apparence jaune : vieille cire.

Le muscle n'est touché que de place en place, pas uniformément; certains muscles le sont plus que d'autres (grands-droits, psoas, pectoraux, adducteurs).

Les segments musculaires malades se boursouflent, perdent leur contractilité et sont exposés à des ruptures.

Le tissu conjonctif (perimysium interne et gaine des vaisseaux) réagit aussi. Il y a prolifération du tissu conjonctif interfasciculaire et hyperplasie cellulaire des parois (adventice et tunique interne) des vaisseaux.

Déchirure et formation de l'abcès : l'hémorragie musculaire, produite par la rupture du muscle dégénéré, peut aller de la toute petite ecchymose au gros hématome.

Celui-ci est formé, en plus des hématies déformées, par des traînées de leucocytes, de la fibrine et des cellules conjonctives.

Les parois de l'hématome sont constituées par des fibres musculaires plus ou moins rompues et dégénérées.

Par la suite l'hématome s'infectera pour faire place au pus.

Lésions dans les abcès non éberthiens :

Chauffard et Fiessinger en 1909 ont étudié ces lésions à propos des abcès à gonocoques; en voici d'après eux l'évolution chez l'animal :

Quelques heures après avoir inoculé dans la cuisse du lapin une émulsion de gonocoques, ils constatent un épaissement des fibrilles avec multiplication des noyaux du sarcoplasme. La striation transversale diminue, puis disparaît; les fibres se fragmentent après être devenues en partie granuleuses ou cireuses.

Entre ces fibres le tissu conjonctif est infiltré de polynucléaires neutrophiles renfermant des gonocoques.

Les débris musculaires sont phagocytés par des macrophages.

Cette description correspond à peu près à ce qui se passe chez l'homme; mais là les germes amenés par voie sanguine touchent d'abord le tissu conjonctif; la fibre musculaire ne réagit que secondairement, parfois très précocement il est vrai.

Durante résume ainsi les lésions :

1^o Dilatation des vaisseaux sanguins et envahissement du tissu conjonctif par des cellules migratrices et de la fibrine.

2^o Dégénérescence de la fibre musculaire (dégénérescences granuleuse, cireuse, ou tuméfaction trouble).

3^o Envahissement des fibres dont la gaine a été rompue par les microbes et les cellules migratrices avoisinantes.

PATHOGENIE

Porte d'entrée.

Elle est variable pour chaque germe. Elle passe souvent inaperçue; nous l'avons trouvée 37 fois sur 123 observations soit 30 °/°.

Voici suivant les germes, les lésions qui semblent être à l'origine de la myosite aiguë suppurée.

1° *Staphylocoques*. — Furunculose, panaris, folliculite, ostéomyélite, impétigo du cuir chevelu, abcès dentaire, ectyma à staphylocoques; varicelle (Hutinel et Labbé).

2° *Streptocoques*. — Accouchement ou avortement septiques, abcès à streptocoques.

3° *Gonocoques*. — Traumatismes de l'urèthre ou de la vessie chez un gonococcique urinaire (cathétérismes, instillations uréthro-vésicales, uréthrotomie, etc...).

4° *Pneumocoques*. — Ce sont les inflammations des muqueuses respiratoires qui semblent être cause des abcès à pneumocoques.

Ouzilleau pendant la campagne du Cameroun eût l'occasion d'observer une véritable épidémie de myosites en même temps qu'une épidémie d'affections pulmonaires.

5° *Colibacilles*. — Dans une des deux observations que nous rapportons ayant eu le colibacille comme agent pathogène, nous trouvons dans les antécédents immédiats une entérite.

Voie d'invasion.

Elle est sanguine; c'est une pyohémie, mais une pyohémie atténuée (Lejars).

L'hémoculture est parfois positive, le plus souvent négative.

Il n'y a pas bactériémie continue, mais décharges micro-

biennes successives. Il se forme dans le muscle un véritable « abcès septique de fixation ».

Localisation des abcès.

Nous avons déjà, à propos de l'étiologie, donné les raisons expliquant l'affinité des germes pour certains groupes musculaires.

Le bacille d'Eberth affectionne particulièrement les grands droits de l'abdomen puis viennent successivement, d'après le professeur Sabrazès, les psoas, les adducteurs des cuisses, les transverses de l'abdomen, les triceps suraux et brachiaux, les pelvi-trochantériens, les fessiers, les gastrocnémiens et soléaire, les pectoraux, les intercostaux, les sous-scapulaires, les biceps.

Pour les autres germes il en va autrement. Nous trouvons par ordre décroissant : le quadriceps crural surtout, puis les adducteurs, le grand pectoral, les muscles de la région lombaire, les biceps et triceps brachiaux, le deltoïde, le grand droit.

Myotropisme des germes.

Certains auteurs disent avoir isolé des germes doués d'une affinité particulière pour le tissu musculaire.

Rosenow et Asbhy en 1921 déclarent avoir isolé un streptocoque doué d'un tropisme positif pour le tissu musculaire; ils auraient injecté une culture de streptocoques (ayant comme souche un abcès musculaire) à des animaux; le plus grand nombre aurait présenté dans la suite des abcès musculaires. Martinotti, puis Chauffard et Fiessinger auraient fait une découverte semblable à propos d'un staphylocoque.

Ces faits admissibles en eux-mêmes demandent confirmation; ils pouvaient présenter un gros intérêt thérapeutique; les stocks-vaccins actuels sont en effet particulièrement inopérants dans les myosites aiguës suppurées et il serait intéressant de voir les résultats obtenus avec des vaccins ayant pour origine des germes issus d'abcès musculaires.

ETUDE CLINIQUE

Après avoir donné les caractères séméiologiques particuliers à cette affection et les moyens de les mettre en valeur; nous ferons l'étude des myosites aiguës suppurées les scindant en trois parties : 1^o Myosites typhiques; 2^o Monomyosites; 3^o Polymyosites.

Avant-propos¹.

Nous voulons rappeler brièvement les grands caractères susceptibles d'orienter le clinicien vers un diagnostic exact.

Interrogatoire. — Il est de la plus haute importance; c'est lui, qui révélera l'existence antérieure d'une furonculose, d'un panaris, d'un abcès dentaire, d'une amygdalite, d'un accouchement ou d'un avortement avec suites septiques locales; ce sera l'interrogatoire presque à lui seul qui permettra de poser le diagnostic de myosite aiguë suppurée gonococcique lorsqu'un « Chaude-pissard » aura subi des traumatismes de l'urèthre ou de la vessie (cathétérisme, instillations uréthro-vésicales, uréthrotomie).

Ce sera encore l'interrogatoire qui mettra sur la bonne voie le clinicien en lui révélant, dans les antécédents immédiats du malade des accidents pulmonaires, qu'ils soient étiquetés bronchite aiguë, congestion pulmonaire, broncho-pneumonie ou pneumonie.

A la période d'état, l'interrogatoire aura encore son importance en révélant divers foyers métastatiques dans d'autres organes (ostéomyélites, phlegmons périnéphrétiques, arthrites suppurées, foyers pulmonaires et épanchements pleuraux

1. Pour la rédaction de ce chapitre, nous avons fait de nombreux emprunts à la publication de M Huard : myosites et pseudo-myosites en milieu colonial (Ann. de méd. et pharm. coloniales, 1932, pp. 5 à 30.)

purulents, endocardite végétante, abcès cérébraux et méningites aiguës).

Exploration des muscles.

Elle comportera l'étude fonctionnelle de ces muscles et l'appréciation de leur consistance (amyotrophie, collections purulentes).

1° *Etude fonctionnelle des muscles.* — La technique la plus simple est celle de Ducroquet. Elle consiste à rechercher dans chaque muscle sa fonction propre tout en palpant son tendon ou son corps charnu. «Ce procédé permet d'examiner toute la musculature d'un membre en moins de 10 minutes» (Ducroquet).

2° *Appréciation de la consistance des muscles.* — a) Amyotrophie : elle est en général peu marquée et localisée au segment de membre, touché par l'infection.

b) La recherche du pus : très difficile, doit être faite suivant les conditions énoncées par Huard : 1° Prendre une très large surface d'appui cutané avec les paumes de la main appliquées à plat sur la peau (Gosselin); cette manœuvre permet de déplacer l'œdème très fréquent et d'amincir les parties molles séparant les lésions des mains de l'opérateur.

2° Palper avec les deux mains éloignées le plus possible pour ne pas être trompé par le refoulement des tissus recouvrant la collection et pour bien apprécier l'étendue du foyer (Chasaignac).

3° Placer les mains parallèlement à l'axe du membre et en imprimant à la masse musculaire un mouvement oscillatoire dans le sens de la longueur et non de la largeur (Nélaton). On réduit ainsi au minimum la sensation de fausse fluctuation.

4° Enfin si la contracture empêche l'exploration manuelle, ne pas hésiter à recourir à l'anesthésie. Celle-ci triomphe de la contracture musculaire; c'est la grande justicière des diagnostics trompeurs (Trélat).

Toutes ces manœuvres étant correctement faites on a très rarement la sensation nette de flot, mais plutôt celle de

résistance, élastique, de rénitence, de boule élastique enchâssée dans le muscle.

De plus, les tissus avoisinants peuvent être indurés et avoir la dureté du bois, du zinc (Sarraihié), du cartilage (Fischer). Le seul recours dans ce cas sera la ponction exploratrice faite profondément avec un gros trocart; ponction qui, en plus de son intérêt diagnostique, permettra d'agir chirurgicalement lorsque le pus sera formé et rien que dans ce cas.

Laboratoire.

Rechercher l'agent pathogène :

1° Dans le pus : par examen direct et par cultures.

2° Dans le sang; si l'hémoculture est positive, la refaire plusieurs fois pour éviter les erreurs. Lorsqu'elle est positive, signifiant une bactériémie active, le pronostic sera sombre non pas du fait de l'abcès musculaire en cause, mais parce qu'elle fera craindre des métastases aux autres muscles ou à d'autres organes.

3° Dans les urines : la recherche du germe préconisée dans les staphylococcémies est entachée de nombreuses causes d'erreurs malgré toutes les précautions voulues; elle n'est pas à recommander.

4° La formule leucocytaire et la numération globulaire montreraient une hyperleucocytose élevée avec polynucléose neutrophile.

Radiographie.

La radiographie parfois pourra être utile lorsque le foyer suppuré juxta-osseux fera croire à une ostéomyélite.

Les résultats sont presque toujours négatifs mais Pales et Laigret et Lefrou cependant ont pu faire un diagnostic exact grâce à elle.

Le premier dans un abcès du grand pectoral vit « à la hauteur du hile droit une plaque opaque de la surface d'une petite paume de main se dessinant en transverse. Elle se présente comme très antérieure, précostale ».

a) **Myosites aiguës éberthiennes.**

L'abcès musculaire chez un typhique est une éventualité rare. Hôlscher sur 2.000 autopsies de ces malades n'en a trouvé que 7. La littérature médicale en renferme une trentaine d'observations.

La collection purulente se forme chez des typhiques avérés vers la fin de la maladie (troisième ou quatrième septennaires), et presque toujours à la suite d'une rupture musculaire plus ou moins apparente.

Chez un malade en convalescence de typhoïde, 8 ou 15 jours en général après sa rupture musculaire, alors que l'ecchymose est à peu près totalement disparue, survient une forte poussée thermique à 39-40, accompagnée de frissons. Le foyer de rupture devient douloureux il se forme une induration croissante avec souvent empâtement œdémateux des téguments.

Le muscle se contracte, et prend des attitudes particulières, fixes (adduction du bras si le grand pectoral est lésé; flexion, abduction et rotation externe de la cuisse si c'est le psoas). La température locale s'élève un peu.

Les signes généraux augmentent : quelques sueurs, température 37-39° avec clochers vespéraux.

Localement les douleurs sont plus vives, rythmées par le pouls; la fluctuation ou tout au moins la sensation de rénitence se perçoit; parfois au centre, si c'est un muscle superficiel, on peut apercevoir une saillie; mais la peau glisse bien sur l'aponévrose et les plans profonds.

Les mouvements spontanés ou provoqués sont en général douloureux.

L'incision étant pratiquée tout rentre dans l'ordre en quelques jours.

Si l'intervention n'est pas faite en temps utile, des désordres graves peuvent survenir; le pus peut se diriger vers la surface cutanée en jet comme dans l'observation ci-après que nous résumons :

« Pendant la convalescence d'une typhoïde un malade est pris de frissons; douleurs et gêne dans l'épaule gauche. On découvre une tuméfaction au niveau de son grand pectoral;

on incise : un jet de pus jaillit avec force, la suppuration avait fusé vers l'aisselle. Un trajet fistuleux persiste, le malade se cachectise, puis apparaissent des complications pulmonaires (pneumonie gauche et pleurésie droite) qui l'emportent » (Barot, th. Paris, 1876).

D'autres fois suivant le muscle atteint le pus pourra gagner le péritoine ou la plèvre.

Observation I

(Kieffer, Des ruptures musculaires spontanées dans la fièvre typhoïde

Un homme de 28 ans présente, à l'acmé d'une typhoïde grave, vers la partie inférieure de l'abdomen, une ecchymose apparue insidieusement et rapidement, allant de l'ombilic à la racine de la verge.

On porte le diagnostic de rupture du muscle grand droit gauche. Peu à peu l'ecchymose s'efface.

Une dizaine de jours après, dans la gaine du muscle grand droit, à gauche, à 5 cm. environ au-dessous de l'ombilic on sent de l'empâtement. La rupture a dû se produire là. Puis la zone empâtée augmente; elle glisse facilement sous la peau. Dans les dix premiers jours d'apparition de ces troubles, la température oscillait de 37° 2 à 39°. A la phase d'empâtement elle remonte à 38° 6-39° 2; puis elle se maintient aux confins de 37° 4. Vingt-quatre jours après le début, on constate encore une légère teinte ecchymotique au pourtour de la région ombilicale et sur la ligne médiane jusqu'au pubis. Une saillie molle, non fluctuante, s'est développée à la place de l'empâtement. Comme elle est réductible, on écarte l'idée de hernie ventrale. A la percussion superficielle, matité; à la percussion profonde, son intestinal, ce qui permet d'éliminer l'idée de vessie distendue par l'urine. La tuméfaction siège à 11 cm. du pubis et à 5 cm. de l'ombilic. Latéralement, son point culminant est à 4 cm. de la ligne blanche. Son volume est celui d'une orange. Cette tuméfaction devient plus apparente quand le malade, faisant

un effort pour s'asseoir sur le lit, contracte les muscles grands droits. Les bords sont indurés.

On diagnostique un hématome du grand droit consécutif à une rupture musculaire. Peu à peu l'ecchymose disparaît complètement. Le malade n'accuse aucune douleur au niveau de la rupture. La tuméfaction reste stationnaire. Quinze jours après, on sent de la fluctuation. On pense à un abcès. On incise le lendemain sur une longueur de 5 à 6 cm. parallèlement à la ligne blanche. On ramène 200 grammes d'un liquide chocolat, formé de sang et de pus, et quelques caillots fibrineux. La température ne s'élève pas anormalement. La cicatrisation s'opère rapidement.

Ce malade était convalescent depuis trois mois lorsqu'il succomba à une syncope en se tirant du lit.

L'autopsie montre des lésions classiques de fièvre typhoïde. Les ulcérations des plaques de Peyer sont en majeure partie cicatrisées. Il s'est formé, en deux points, des adhérences entre l'iléon et la paroi abdominale; il en résulte une petite anse longue de 10 cm. environ, en fer à cheval dont les extrémités sont solidement fixées à la paroi. Ces adhérences se trouvent exactement au-dessous du foyer de rupture du muscle grand droit gauche. A l'incision de ce muscle, on constate une infiltration sanguine s'étendant surtout vers l'extrémité inférieure. Le foyer de rupture est situé à quelques centimètres au-dessous de l'ombilic. Il a une forme irrégulière, déchiquetée, du volume d'une noix. Quelques petits caillots noirâtres, très rétractés, adhèrent encore aux fibres musculaires rompues. La paroi postérieure du foyer est formée par la gaine du muscle. Sur les côtés la continuité des faisceaux n'est pas interrompue. En avant, l'excavation n'est séparée de la gaine que par une couche très mince de tissu musculaire. L'examen microscopique fait par M. Gombault montre que les fibres du muscle, au niveau de la rupture, sont atrophiées. Elles ne présentent pas les caractères de l'altération vitreuse, mais presque toutes sont finement granuleuses. La striation n'est apparente que sur un très petit nombre de fibres. Les royaux musculaires sont diminués de nombre et de volume. Les artères sont saines; quelques veinules ont des lésions phlébitiques. Le tissu conjonctif inter-fasciculaire est épaissi, sclérosé.

Dans le liquide hémato-purulent recueilli lors de l'incision intravitam on a constaté la présence de staphylocoque doré et de colibacille(Mangin).

Observation II (inédite)

due à l'obligeance de M. le Professeur Duvergey.

Abcès intramusculaire du muscle quadriceps droit, d'origine éberthienne

Il s'agit d'un homme de 28 ans qui, après évacuation des armées, rentre en novembre 1914 à l'hôpital Février de Châlons-sur-Marne pour fièvre typhoïde évoluant depuis une dizaine de jours. Signes classiques d'une dothiéntérie : température élevée aux environs de 39° 5, lange sèche, stupeur.

Vers la fin de sa maladie, au moment de la défervescence, le malade présente un abcès intramusculaire du muscle quadriceps droit. Le muscle augmente rapidement de volume. La température remonte.

Sitôt la fluctuation observée, au moment où cet abcès présente le volume d'une mandarine, l'incision est pratiquée.

Le pus recueilli renfermait du bacille d'Eberth à l'état pur.

La guérison à partir de ce moment se poursuit jusqu'à l'évacuation de ce militaire à l'intérieur.

b) Monomyosites aiguës suppurées

Cette forme un peu plus fréquente que la polymyosite suppurée est surtout celle qui sévit en Europe.

Due le plus souvent au staphylocoque doré (62 %), elle peut être causée par les autres germes.

On décèle souvent la porte d'entrée des microbes et parfois on peut préciser la date du traumatisme localisateur comme dans l'observation de Bazy, résumée ci-dessous :

« Un homme porteur de lésions staphylococciques de la face, reçoit sur la partie antérieure de la cuisse une pièce de viande congelée. Le muscle quadriceps fémoral pris entre ce corps dur et le fémur présente un large foyer de contusion qui secondairement s'infecte. Ainsi qu'il était aisé de le prévoir, et, comme je l'avais effectivement supposé, la suppuration du muscle était due à un staphylocoque qui présentait les

mêmes caractéristiques bactériologiques que celui des lésions de la face. »

L'intervalle libre séparant le traumatisme des premiers signes de l'affection pourra être précisé. Il varie de un jour à un mois.

Le début est très variable, parfois insidieux chez un individu jusque-là bien portant, le plus souvent brusque avec une forte température accompagnée de frissons.

Localement le malade ne ressent rien qu'une simple sensation de gêne, une lourdeur, quelques élancements; puis la douleur va apparaître plus ou moins vive, diffuse dans toute une région, dans tout un membre, mais un examen superficiel ne révélant rien ou presque.

A cette période de début va faire suite la période d'*état* :

Localement on aperçoit parfois une légère voussure diffuse, rarement une augmentation marquée du volume du membre; la peau est intacte, sauf parfois un peu d'œdème.

A la palpation profonde en suivant les indications de Huard on sentira une induration musculaire spéciale que les auteurs se sont ingéniés à représenter par les images de muscles en bois, en zinc...

L'induration limitée au début, s'étend dans la suite à toute une partie du muscle. Elle est fixe quand le muscle se contracte, mobile quand il se relâche.

Cette palpation, en général fort douloureuse, est parfois impossible, à moins que l'on ne recoure à l'anesthésie générale.

Les muscles sont souvent contracturés donnant des attitudes spéciales aux malades : le psoas portant la cuisse en rotation externe, abduction et flexion, le deltoïde immobilisant le moignon de l'épaule; le grand pectoral mettant le bras en adduction.

Ces mouvements sont irréductibles sans narcose.

Quelques jours plus tard, une semaine en moyenne, la collection purulente est formée.

L'induration ligneuse est souvent disparue et la palpation pourra donner des résultats.

Si les douleurs ne sont pas trop vives, si l'abcès n'est pas trop profond et assez volumineux, si les muscles ne sont pas

trop contracturés, on pourra percevoir la sensation de boule élastique enchâssée dans le muscle et très rarement une fluctuation profonde.

La peau œdématisée est mobilisable sur les plans profonds.

La douleur est en général intense, diffuse, parfois localisée; cette douleur est profonde et a fait commettre bien des erreurs, avec l'ostéomyélite aiguë en particulier, ou avec une affection abdominale (appendicite, abcès périnéphrétiques) lorsque les lésions siègent dans les muscles de la sangle abdominale ou de la région sacro-lombaire.

La température n'est pas très élevée; elle oscille le plus souvent aux environs de 38° avec maximum le soir.

Le pouls suit la température.

L'état général est touché, mais beaucoup moins que dans les polymyosites. Le malade a les traits un peu tirés, la langue est saburrale mais humide.

Si le diagnostic est hésitant il faudra faire une ponction exploratrice avec un gros trocart. Certains ont reproché à cette méthode d'infecter les plans superficiels; cette objection ne tient pas puisque s'il y a du pus, il faudra inciser et alors infecter forcément les tissus coupés.

Observation III

Commes. La pyomyosite.

Moussa Koué, de race bambara, 30 ans, environ, cultivateur, se présente à la visite avec une volumineuse tumeur à la partie supérieure du bras droit.

Le malade raconte que, il y a trois jours, il s'est aperçu d'une difficulté dans les mouvements du bras, sans qu'il ait reçu de coup et sans avoir eu de plaie. Rapidement une tumeur s'est formée, et c'est devant la gêne et la douleur que cause son volume qu'il est venu se faire soigner.

Cette tumeur de la grosseur d'une orange occupe la région deltoïdienne; tous les mouvements du bras sont douloureux. La peau tendue est intacte, on ne trouve pas la moindre trace de plaie. A la palpation on a la sensation d'une masse consistante, ferme. La pression produit une douleur assez vive.

Le malade déclare qu'il a la fièvre depuis quelques jours et que son appétit a diminué, symptôme que les indigènes malades n'oublient jamais de noter.

Nous pratiquons une incision au niveau de la tumeur et, après avoir constaté que les divers plans superficiels sont intacts, nous tombons sur le muscle. Les fibres du deltoïde sont séparées à la sonde cannelée et nous faisons sourdre un pus rougeâtre.

Divers prélèvements aseptiques sont faits pour examens microscopiques et ensemencements (on trouve des cocci Gam négatifs du genre *pasteurella*).

L'examen du sang ne montre pas d'hématozoaires de Laveran; à noter de la polynucléose.

Observation IV

Picot : Abscess des muscles.

Un enfant de 5 ans entre dans le service le 18 janvier 1933 pour une douleur de la cuisse droite. Ces douleurs qui datent de quelques jours ne sont pas très marquées, puisque l'enfant se promène.

Sa mère raconte que 30 jours auparavant cet enfant est tombé sur la cuisse droite. Il n'en a, cependant, sur le moment, ressenti aucune douleur, ni aucune gêne. Le mois précédant sa chute cet enfant avait fait une poussée de furonculose.

Quinze à vingt jours après l'accident, l'enfant commence à boiter et à souffrir.

Lorsque j'examine cet enfant qui présente, à la face externe de la cuisse droite, une tuméfaction assez dure, mais fluctuante, ma première pensée est qu'il s'agit d'une ostéomyélite du fémur, car la température est à 38° 5. Mon interne, M. Marx, incise cette collection qu'il trouve en plein muscle et loin du fémur. Elle contient un pus rougeâtre, épais, avec, en suspension dans le pus, quelques débris musculaires sphacelés. La cicatrisation se fait rapidement et l'enfant quitte l'hôpital le 29 janvier, soit douze jours plus tard, complètement cicatrisé.

Je viens de revoir cet enfant ainsi que sa radiographie. Il reste guéri et le film montre que le fémur est intact (Picot, *Bull. Société nat. de chirurgie*, 22 mars 1933.)

Observation V

Youtchich et Vassilch. Abscès des muscles.

J... (Joseph) douze ans, garçon, est amené pour douleurs abdominales violentes datant de huit jours, accompagnées de phénomènes généraux accusés; température à 39° 5, pouls rapide, vomissements, diarrhée profuse. Une tuméfaction para-ombilicale a été remarquée par les parents 4 jours après le début des premiers signes.

L'examen montre en effet l'existence d'une tuméfaction para-ombilicale droite intéressant même les plans cellululo-cutanés sous forme d'un placard de dimensions d'une paume de main. La peau déjà rouge est indurée dans la zone périphérique, fluctuante au centre. Pas de modification de consistance décelable, lors de la contraction musculaire.

On signale également une chute d'un lieu élevé (un arbre) datant de trois ou quatre mois.

Intervention le 22 janvier 1931 sous-anesthésie générale. Une incision verticale para-ombilicale droite ouvre une collection purulente, fétide, ayant déjà envahi les plans cellulaires et à point de départ intramusculaire. Curettage, mèche

Suites opératoires sans incidents. L'enfant sort guéri le 2 février 1931.

L'examen du pus montre des streptocoques associés au colibacille.

Observation VI

Mondor, in thèse de Pergola.

Homme 37 ans.

Antécédents lointains : typhoïde à 20 ans. A 26 et à 28 ans, deux épisodes pulmonaires pneumococciques vérifiés par le laboratoire.

Antécédents récents : fatigue, surmenage. Le 20 juin 1934 : signes de grande infection. Adynamie, prostration, température élevée.

Malgré un point de côté violent, rien de pulmonaire ni clinique-ment, ni radiologiquement. Pendant quelques jours, la température oscille entre 38° et 40°. Une hémoculture pratiquée est négative.

Six jours après le début apparaît une voussure du grand pectoral en même temps que de l'omoplate. La douleur est vive. Abduction et rotation externe du bras sont impossibles.

Mondor, appelé, fait le diagnostic de myosite du grand pectoral.

Dans la nuit, le malade fait une vomique fractionnée (examen bactériologique négatif) à la suite de laquelle la température tombe à 38°.

Au septième jour, le grand pectoral droit tout entier est douloureux et infiltré, il n'est pas ligneux; il réalise un véritable plastron.

Au dixième jour Mondor ponctionne en plein muscle et retire du pus (staphylocoque à l'examen direct et à la culture).

Au treizième jour, incision sous-anesthésie générale, drainage. La collection est bien située dans le muscle grand pectoral, sous l'aponévrose. On retire environ 100 cm³ de pus d'une cavité ayant les dimensions d'un œuf de poule.

Drain pendant quatre jours. Suites éloignées : convalescence lente, le malade reste longtemps fatigué. Pas d'atrophie du grand pectoral, mais la cicatrice reste douloureuse.

Observation VII

Frælich et Couet : Abcès des muscles.

Gaav. André, 13 ans.

Entre au service en septembre 1929, pour une tuméfaction siégeant dans la paroi abdominale du côté droit.

Cette tuméfaction de forme oblongue, très douloureuse, siège au niveau du muscle droit.

L'enfant marche à demi-courbé en deux.

Depuis une quinzaine de jours, il avait de l'entérite; diarrhée avec mucus et membranes dans les selles. Le 28 septembre, on incise la gaine du droit et de l'intérieur du muscle s'écoule du pus grisâtre que le laboratoire identifie (colibacilles).

c) Polymyosites aiguës suppurées.

Cette forme un peu moins fréquente que la précédente est surtout celle qui sévit en dehors d'Europe.

Due comme la monomyosite le plus souvent au staphylocoque (54 %), elle peut comme elle être causée par les autres germes.

Elle est caractérisée anatomiquement par la multiplicité de ses foyers dont une partie peut être extramusculaire et cliniquement par l'atteinte de l'état général ainsi que par le nombre et la durée des rémissions qui peuvent se produire au cours de son évolution.

On peut assez fréquemment découvrir la porte d'entrée du germe.

Le début peut être variable, quelquefois très brutal, mais beaucoup plus rarement que nombre d'auteurs l'ont soutenu.

Ce qui domine d'emblée le tableau clinique, c'est l'atteinte si rapide et si profonde de l'état général.

Le malade maigrit brusquement, ses traits sont tirés, la langue est rôtie, les lèvres sèches, la peau rugueuse.

La température oscille aux environs de 38° 5 sans qu'il y ait eu le plus souvent d'invasion à grand fracas.

Localement comme dans la forme précédente les signes sont peu nets et permettent rarement de faire le diagnostic.

A la *période d'état*, les signes généraux sont toujours alarmants et sont le plus souvent proportionnels au nombre des foyers.

Chaque abcès pris séparément évolue comme une monomyosite.

Plusieurs abcès musculaires peuvent évoluer en même temps comme dans les observations 9 et 12 (citées à la fin du chapitre).

Plus fréquemment les abcès seront séparés par quelques jours d'intervalle (obs. XI); parfois comme dans l'observation de Riou (ob. X) des abcès pourront se produire tous les ans, le malade reprenant ses occupations entre temps.

D'autres fois les abcès intéresseront en dehors du tissu musculaire, le tissu cellulaire sous-cutané, les os ou n'importe quel organe (obs. XIII). Cette forme est plus grave, elle dénote une véritable septicémie et sa terminaison est le plus souvent mortelle.

En voici un exemple typique extrait d'une observation de Courtois-Suffit et Beaufumé !

« Malade à la suite d'une intervention sur l'urèthre et de plusieurs cathétérismes, présente un état infectieux grave.

Il fit successivement des abcès au niveau des triceps brachial et sural droits, de la face postérieure du sternum, de la cuisse gauche, ainsi qu'au niveau du testicule et de l'épididyme gauche. Mort.

Dans les abcès : gonocoques et staphylocoques.

Dans le sang : staphylocoques. »

Saraillhé a rapporté d'assez nombreux cas de phlegmons glandulaires (parotides, testicules, etc.); Laigret et Lefrou ont observé deux phlegmons parotidiens, une ostéomyélite et une infection méningée qui termina leur seul cas mortel.

Après l'incision des collections purulentes, il arrive parfois (obs. XII) que la température se maintienne pendant 8 ou 15 jours aux environs de 38°. On suspecte une nouvelle localisation, mais rien ne se déclare et tout rentre dans l'ordre.

L'évolution totale de la maladie dure en moyenne de un à trois mois.

L'évolution totale de la maladie peut être fort longue, avec des rémissions prolongées. Nous avons relevé (obs. X) le cas d'un indigène qui, pendant six ans et toujours à la même période de l'année, a présenté une ou plusieurs localisations purulentes musculaires (sauf une ostéopériostite du frontal). Entre temps il reprenait ses occupations. C'est la plus longue évolution que nous ayons trouvée signalée dans la littérature médicale.

Observation IX

Scriba : Etiologie de la myosite aiguë.

Un homme de 33 ans a eu dans ses antécédents récents une poussée de furonculose; il vient consulter pour des douleurs vives de la cuisse droite et du grand pectoral droit. Le tout est accompagné de signes infectieux.

En examinant ce malade, on décèle l'existence d'une myosite aiguë du grand pectoral droit. Le muscle est quatre fois plus gros qu'à l'état normal, mais il n'est pas déformé. Téguments normaux, se mobilisant facilement sur la tumeur.

La tuméfaction est dure et douloureuse. Les mouvements, surtout l'abduction font souffrir le malade.

Griffon.

Du côté du muscle grand adducteur de la cuisse droite, se trouve un foyer de myosite bien collecté.

La température oscille entre 39° et 40° plusieurs jours de suite. Après apparition de la fluctuation, on incise cette collection purulente.

Il sort un pus mêlé à des fragments musculaires nécrosés.

Aucune impotence fonctionnelle dans la suite.

Observation X

Riou : Un cas de pyomyosite tropicale à abcès multiples et récidivants.

Bloussène S., sujet indou est venu s'installer à Madagascar en 1900 à l'âge de 10 ans.

Pas d'antécédents héréditaires ou collatéraux à signaler.

Lui-même jouit d'une santé parfaite jusqu'à la fin janvier 1922. A cette date il fait une pneumonie avec pleurésie parapneumonique qui dure un mois.

Après une courte convalescence, il retomba gravement malade au début d'avril. La température atteignit 40-41° en quelques jours et dura telle pendant 20 à 25 jours; puis elle redescend très lentement. Etat général très touché, malade cachectique, avec œdèmes des membres inférieurs, escharres fessières, petits abcès au talon droit et aux jambes. Puis apparut à la hanche droite une volumineuse collection purulente qui ponctionnée et incisée donna issue à plus d'un litre de pus.

Le malade se rétablit assez rapidement et reprend ses affaires en août 1922.

En janvier 1923 apparition à la cuisse droite d'un nouvel abcès qui, à l'incision, donna une demi-cuvette de pus.

Depuis, chaque année, formation de nouvelles localisations purulentes, parfois plusieurs en même temps. Ces abcès siègent aux cuisses, aux lombes, aux fesses, récidivant aux mêmes endroits plusieurs années après.

Ces abcès évoluaient tous de la même façon. Après quelques jours de lassitude avec état subfébrile, apparition de douleurs rhumatoïdes vagues, diffusées, profondes, légères puis augmentant peu à peu

d'acuité en même temps qu'elles se localisaient en une région. Celle-ci se tuméfiait, la température augmentait en prenant le type hectique avec grandes oscillations s'élevant à 39-40° le soir. Etat général très touché avec amaigrissement, asthénie, inappétence oligurie.

La tuméfaction locale, dure, profonde, douloureuse, augmentait lentement pour atteindre la grosseur d'une tête d'enfant. L'empatement et la fluctuation n'apparaissent qu'au bout d'un mois.

Puis rapidement ouverture de l'abcès donnant issue à des quantités de pus parfois énormes (2-3 litres en une journée) de couleur, vert franc, bien lié avec quelques trainées de sang, mais le plus souvent rougeâtre, de teinte chocolat.

La suppuration se tarissait rapidement; au bout de 5 ou 6 jours le liquide était séreux et l'ouverture de l'abcès était cicatrisée en deux semaines.

Le malade peu après se levait, conservant avec un peu de fatigabilité à la marche, de l'amyotrophie de la région atteinte. Mais l'impotence fonctionnelle n'était pas en rapport avec la fonte musculaire énorme produite.

Les abcès siégeaient dans les masses musculaires; il y eut une seule localisation spéciale : une ostéopériostite de la face externe du frontal qui se résorba en une quinzaine de jours.

En dehors des signes de pleurite sèche que l'on relevait à sa base (suite de sa pleurésie) on ne relevait rien d'anormal chez lui du côté des autres appareils; pas de syphilis, pas de microbiaires dans le sang. La formule leucocytaire était banale, pas de sucre dans les urines.

Observation XI

Bujard : Gonorrhée chronique; abcès musculaires métastatiques multiples; examen bactériologique.

N..., 36 ans, atteint de gonorrhée chronique, a subi un traitement par des instillations dans l'urèthre et la vessie. Deux jours après la dernière introduction de la sonde, il a de la fièvre 38° 5, 39° avec frissons. Quelques jours après, il ressent des douleurs aux membres qui sont prises d'abord pour du rhumatisme, mais deux jours plus

tard, se sont formés quatre points douloureux avec gonflement, au bras droit, à la jambe, aux creux poplités et au mollet gauche. A l'incision, on trouve des abcès avec un pus brunâtre, siégeant tous les quatre dans les muscles, indépendants des articulations.

Au microscope on trouve quelques granules qu'on peut prendre pour des microcoques, sans qu'on puisse toutefois les reconnaître.

Les cultures faites sur gélose et dans du sérum donnent en deux jours des colonies peu abondantes mais tout à fait pures et caractéristiques de gonocoques sans la moindre trace d'une autre espèce de microbes. La culture à l'abri de l'oxygène n'a pas donné de bactéries anaérobies.

Observation XII

Laigret et Lefrou : Pyohémie staphylococcique; quatre abcès musculaires (région lombaire, cuisse, région deltoïdienne et fesse)

Samba, indigène d'environ 30 ans, travailleur au chemin de fer. Evacué sur l'hôpital de Brazzaville le 7 décembre 1921 avec le diagnostic : bronchite et faiblesse générale.

Accuse une douleur en ceinture qu'il précise assez mal; aucun trouble fonctionnel du côté du poumon. Mais, en auscultant le malade, nous remarquons dans la région lombaire gauche une large voussure diffuse dont la palpation éveille une douleur assez vive. C'est alors que le malade attire notre attention du côté de sa cuisse gauche; celle-ci est douloureuse également à la palpation; on y sent, sur la face externe, les masses musculaires fortement indurées, d'une dureté de bois; mais c'est à peine si on peut noter une légère augmentation de volume du membre.

La ponction de la région lombaire donne à 3 cm. de profondeur un pus fluide, bien lié, de couleur chocolat. Incision large. Environ 300 gr. de pus.

A la cuisse, après trois ponctions négatives jusqu'à l'os, on trouve une collection très profonde du même pus, dont, après incision sur le trajet de l'aiguille, on retire environ 400 cm³.

L'examen de ce pus montre de très nombreux staphylocoques à l'état pur.

Le cinquième jour après son entrée à l'hôpital, le malade nous fait

remarquer, au niveau des attaches humérales de son deltoïde gauche, une petite tumeur très dure, un peu douloureuse, tout à fait comparable à un œuf de pigeon qui serait inclus dans le tendon deltoïdien. La température qui avait passé 38° les jours précédents est retombée à la normale. L'état général s'aggrave, les lèvres et la langue sont sèches, les traits tirés.

En 24 heures se développe du côté de la région deltoïdienne malade une grosse collection purulente, qui s'étend tout le long du bord postérieur du deltoïde. L'incision conduit dans une vaste poche remplie d'un pus identique à celui des deux autres abcès.

La température reste normale. Cependant une quatrième collection purulente apparaît dans la nuit du 16 au 17 (10^e jour d'hôpital) au niveau de la fesse gauche. La fesse est un peu douloureuse, à peine augmentée de volume. Une ponction à travers le grand fessier ramène un pus couleur chocolat extrêmement riche en staphylocoques à l'état pur. Incision large, drainage.

Pendant quinze jours le malade présente tous les soirs une légère élévation thermique aux environs de 38° qui fait suspecter une localisation nouvelle. Pourtant un examen attentif journalier n'a pas permis de découvrir de nombreux abcès.

Observation XIII

Huard, in thèse de Pergola.

Un homme de 30 ans entre le 4 mai 1933 pour tumeur douloureuse de la base du cou. Dans les antécédents récents du malade, on note un abcès du pied gauche, incisé en mars 1933.

A l'examen, outre les symptômes banaux d'infection aiguë, on constate l'existence d'une tuméfaction du volume d'un œuf de pigeon, située à la base du cou, immédiatement en dedans du chef claviculaire du sterno-mastoïdien gauche. Une ponction est pratiquée à ce niveau. Elle est négative. Le 10 juin, la fluctuation apparaît. On incise : le pus contient du streptocoque. Le 15 juin une hémoculture est pratiquée, elle est positive au streptocoque.

Ensuite, de nombreux foyers de suppuration apparaissent; phlegmon de la fesse gauche, phlegmon du bras gauche, arthrite suppurée du genou gauche incisée le 10 juillet.

Le 25 juillet, l'examen permet de découvrir une myosite à streptocoques du biceps droit.

Le 6 août, nouveau foyer de myosite, situé à la face postéro-externe de l'avant-bras droit (extenseurs). Incision. De nombreuses fibres musculaires sphacélées s'éliminent.

Ce sera le dernier foyer infectieux avant la guérison complète.

DIAGNOSTIC

Pour arriver à un diagnostic exact, il ne faudra pas se contenter d'un examen superficiel et mal fait, dire, en présence d'une douleur dans un membre : c'est du rhumatisme et donner un vague liniment.

On devra pratiquer l'exploration fonctionnelle de ces muscles, rechercher leur consistance et ne pas hésiter, si on a des soupçons, à faire une ponction exploratrice.

Cliniquement on doit arriver dans la majorité des cas au diagnostic exact.

Dans les abcès éberthiens, surtout à la suite d'une rupture musculaire, la vérité sera facilement décelée.

On ne confondra pas un abcès du grand droit avec une vessie distendue, une hernie musculaire, une collection sous-péritonéale.

Dans les mono et les polymyosites, les erreurs de diagnostic sont très fréquentes ; l'affection étant rare, du moins dans nos pays, beaucoup de médecins l'ignorent et parmi ceux qui en ont entendu parler, peu y pensent.

Si la collection suppurée siège au niveau de la racine d'un membre, l'abcès sous-cutané sera facilement éliminé, mais neuf fois sur dix on fera le diagnostic d'ostéite, d'arthrite ou même d'hygroma suppuré de la bourse séreuse d'un muscle situé à ce niveau.

La myosite est-elle au niveau d'une région riche en ganglions ? Le diagnostic d'adéno-phlegmon est presque inévitable.

Si l'abcès occupe les muscles de la paroi abdominale, il ne faudra pas le confondre avec une affection aiguë de l'intestin (appendicite aiguë surtout), s'il siège au niveau de la région

lominaire, le diagnostic de lésions rénales ou périnéphrétiques sera à éliminer.

En résumé, commémoratifs, examen correct, ponction exploratrice et laboratoire doivent conduire à un diagnostic exact et à l'intervention chirurgicale.

PRONOSTIC

La plus forte mortalité s'observe dans les myosites suppuratives dothiéntériques; sur 30 cas on compte 14 décès; soit 44 %.

Les polymyosites aiguës suppurées sont déjà beaucoup moins graves; sur 59 observations, trouvées dans la littérature médicale, 12 fois la maladie s'est terminée par la mort; soit une mortalité de 20 % environ.

Sur 64 cas de monomyosites, nous n'avons relevé aucune issue fatale; c'est la forme bénigne par excellence.

Le pronostic dans la fièvre typhoïde se trouvera assombri lorsque, chez un malade présentant une forme ataxo-adynamique les abcès apparaîtront tôt pendant le cours de la maladie, lorsque, faisant suite à des hémorragies musculaires importantes, ils seront volumineux et enfin quand ils évolueront rapidement.

Dans les polymyosites l'issue fatale sera à redouter devant un malade à état général très touché: traits tirés, lèvres sèches, langue rôtie, peau rugueuse avec fine desquamation généralisée, urines rares et chargées, troubles respiratoires, cardiaques et nerveux. Tous ces symptômes signent une intoxication massive de l'organisme par les toxines microbiennes issues de l'abcès et charriées par le torrent circulatoire.

De plus la multiplicité de foyers suppurés, apparus simultanément sur des organes différents, indiquent une septicopyohémie et sont de mauvais augure.

D'aucuns ont considéré le résultat de l'hémoculture comme d'un pronostic fatal lorsque celle-ci était positive; c'est faux car plusieurs malades, chez lesquels le germe avait été déce-

lé par ce procédé de laboratoire, sont guéris. D'autre part cette hémoculture n'est que très rarement faite.

Est-il possible de porter un pronostic lorsque l'on connaît le germe ?

Non. Tous les germes donnent aussi bien des formes bénignes que des formes malignes.

Toutefois le streptocoque semble conférer aux lésions musculaires la plus grande gravité.

Le staphylocoque, sa virulence, étant exaltée, peut donner des formes très graves avec multiples foyers, mais il sera tout aussi bien l'auteur d'une monomyosite banale.

Le gonocoque a peu de tendance à la suppuration, mais quand il donne des abcès musculaires, ceux ci seront presque toujours multiples.

Le pneumocoque au contraire n'entraîne presque toujours la formation que d'un seul abcès.

Pour les Pasteurelloses les deux seuls auteurs, qui se soient occupés de la question, sont d'un avis différent. Bouffard les considère comme très graves, Combes, comme bénignes.

TRAITEMENT

Le traitement est avant tout chirurgical quelle que soit l'origine de la collection purulente. On devra lui adjoindre une thérapeutique médicale appropriée.

Traitement chirurgical.

A quel moment faut-il inciser ? Nous répondrons « ni trop tôt, ni trop tard » ; trop tôt nous ouvririons peut-être un foyer de myosite qui n'aurait jamais suppuré sans le traumatisme opératoire ; trop tard le pus aurait diffusé vers l'intérieur, créant une complication grave (phlegmon diffus, pleurésie purulente, péritonite aiguë).

Sur quel test clinique nous appuierons-nous pour poser nos indications opératoires ?

Un seul est certain ! la fluctuation profonde ; il est vrai que rarement on la perçoit avec netteté. A son défaut la sensation de rénitence, de boule élastique enchâssée dans le muscle, succédant à l'induration musculaire bien spéciale du début suffit pour envoyer le malade à la salle d'opérations.

On pourra et on devra adjoindre à l'examen clinique la ponction exploratrice faite avec un trocart à large lumière ; le pus ainsi recueilli sera envoyé au laboratoire ; le germe causal sera identifié et on pourra à partir de lui, préparer un auto-vaccin, instituant ainsi une thérapeutique biologique rationnelle.

Nos indications opératoires étant posées, nous *inciserons largement* plan par plan ; nous ferons un nettoyage mécanique aux ciseaux et au bistouri des parties nécrosées. Le tout sera accompagné d'une hémostase irréprochable, le sang étant un milieu de culture redoutable.

L'incision pourra être suivie d'un lavage au Dakin.

Ceci étant fait, si le fond de la plaie ne saigne pas, mettre en place un gros drain, s'il se produit un suintement sanguin on ajoutera une mèche de gaze pour assurer l'hémostase. Le drainage sera laissé pendant 4 ou 5 jours.

Dans ces conditions, on verra sortir de la plaie un peu de pus et surtout une sérosité plus ou moins louche, assez abondante, qui tarira en quelques jours.

L'intervention devra être pratiquée sous anesthésie générale au chlorure d'éthyle qui est le moins toxique des anesthésiques habituels.

La rachi-anesthésie a parfois été employée, elle est à rejeter; ces malades fatigués étant presque toujours des hypotendus.

Voyons les autres modes opératoires :

La ponction : a pu être curatrice (Pales, professeur Sabrazès dans un abcès paratyphoïde), mais elle est à rejeter; la suppuration est longue, interminable, elle peut gagner de proche en proche.

Il est aussi illogique de vouloir guérir par ponction, un abcès musculaire, qu'un abcès chaud collecté du tissu cellulaire sous-cutané.

L'incision minima : par coup de bistouri offre les mêmes inconvénients.

Certains auteurs ont préconisé *l'excision de l'abcès* : elle est illogique; dans la très grande majorité des cas la cicatrice après simple incision reste parfaitement souple, le tissu musculaire se reconstituant assez facilement.

Si, après cicatrisation de l'abcès, il reste un noyau dur, sclérosé, gênant le muscle dans son jeu normal, il sera temps de l'extirper.

Suture secondaire : Huard, après incision large et nettoyage de la plaie et après la mise en place du drain, fait passer à travers peau et muscles plusieurs gros crins; il laisse couler la sérosité quelques jours et si elle est aseptique avant le 8^e jour, il noue les crins sur le drain sans s'inquiéter de la température.

Cette méthode permet de gagner quelques jours, mais

elle peut réserver des mécomptes (reformation de l'abcès dans un cas de Pergola).

Quant à la *suture primitive* : elle est indéfendable, c'est enfermer 9 fois sur 10 « le loup dans la bergerie » (Chassaignac).

Traitement médical.

Avant tout il est indispensable de faire un traitement précoce et soigneux des lésions cutanées et chez les indigènes surtout inculquer quelques notions de propreté.

Au point de vue curatif de nombreux moyens ont été proposés :

1° *Diététique* : elle a une très grosse importance surtout aux colonies où comme le dit Pales « l'indigène est un sous-alimenté chronique et un suralimenté aigu ». De plus on devra lui administrer des vitamines (vitamine B surtout), qui dans une certaine mesure pourront empêcher la réapparition des abcès.

2° *Localement*. On a préconisé des pommades gaïacolées, des pommades vaccins, des pommades mercurielles simples ou belladonnées; ces dernières, très goûtées de l'indigène, auraient un rôle non négligeable.

3° *Chimiothérapie*. Le merchurochrome, le violet de gentiane, la gonacrine, la trypaflavine, les métaux colloïdaux (cuivre étain, argent) sont tantôt vantés, tantôt décriés.

4° *L'abcès de fixation*, illogique puisque la myosite suppurée en est déjà un. Il ne donne pas de résultats.

5° *Traitement biologique*. Le bactériophage, les filtrats et lysats-vaccins ont donné quelques résultats satisfaisants à Pales.

Les stocks-vaccins paraissent dénués de toute action.

Il semble que, si l'hypothèse de Rosenov et Asbhy pour le streptocoque, si celle de Martinotti, Chauffard et Fiessinger pour le staphylocoque, sont exactes (microbes doués de myotropisme), on devrait se bien trouver de vaccins préparés soit à partir du malade lui-même, soit à partir d'abcès musculaires de même nature.

CONCLUSION

Moins rare qu'on ne le croit, la myosite aiguë suppurée sévit surtout en dehors d'Europe, sauf une de ses formes : la myosite aiguë suppurée eberthienne.

Elle reconnaît à son origine, en plus du bacille typhique, le staphylocoque dans plus de la moitié des cas, puis viennent : le pneumocoque, le gonocoque, le streptocoque, le colibacille, une pasteurellose.

Localement l'apparition de l'abcès est favorisée : par une rupture musculaire dans la dothiéntérie, par un traumatisme pour les autres germes.

Tous les facteurs généraux créant une moindre résistance du terrain sont autant de causes prédisposantes : froid et humidité, surmenage, infections générales antérieures, avitaminoses.

L'abcès musculaire n'a pas de paroi propre. Dans la typhoïde la fibre musculaire est surtout lésée, dans les autres formes l'infection touche avant tout le tissu conjonctif interstitiel.

Le germe, entré dans l'organisme par une lésion cutanée ou muqueuse (excepté dans les abcès à bacille typhique), suit la voie sanguine pour aller au muscle.

Nous avons décrit trois formes : la myosite aiguë suppurée eberthienne, la mono-myosite aiguë suppurée, la polymyosite aiguë suppurée.

La myosite typhique est caractérisée : anatomiquement par une formation purulente presque toujours secondaire à une rupture musculaire (le grand droit de l'abdomen est le muscle de prédilection), cliniquement par sa note septicémique.

La polymyosite aiguë suppurée présente à considérer : anatomiquement plusieurs foyers dont un certain nombre peuvent être extramusculaires, cliniquement une touche septicémique et souvent des rémissions au cours de son évolution.

Dans la monomyosite aiguë suppurée l'abcès est unique, l'évolution bénigne.

Le diagnostic est facile en se basant sur les anamnétiques, sur un examen correct et sur le résultat de la ponction exploratrice. On confond le plus souvent la myosite suppurée avec une ostéomyélite ou une affection aiguë abdominale (appendicite surtout).

Le pronostic varie avec la forme clinique ; dans la typhoïde la mortalité atteint 44 %, dans la polymyosite : 21 %, dans la monomyosite elle est nulle.

Le traitement est médico-chirurgical. Médical : donner un excellent régime alimentaire, riche en vitamines chez les coloniaux, appliquer localement une pommade mercurielle, employer une médication de choc si l'état général est mauvais, faire de la vaccinothérapie (autovaccin de préférence). Chirurgical : de beaucoup le plus important, consiste en une incision large, suivie pendant quelques jours d'un drainage ; si la sérosité qui s'écoule est aseptique, on peut, avant le huitième jour après l'incision, essayer la suture secondaire.

Vu :
Le Doyen,
Pierre MAURIAC.

Vu, bon à imprimer :
Le Président de thèse,
J. DUVERGEY.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 9 décembre 1935
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- Abrami et Worms.** — « Sur une forme particulière de septicémie à streptocoques », *Bul. et Mém. Soc. Méd. Hôp.*, Paris, 31 mars 1930, pp. 487-494.
- Archambaud.** — « La myosite typhique », *Union médic. du Canada*, septembre 1931.
- Avoni.** — « Sulla miosite infettiva », *Chirurg. d. org. di movimento*, Bologna, 1924, t. VIII, pp. 189-206.
- Bacialli.** — « Contrib. allo studio della patogenesi e delle alterazioni istologiche del tessuto muscolare nella polimiosite acuta primaria », *Policlinico Gennajo*, 1902.
- Barney.** — « Psoas abscess of pyogenic origin », *New England J. Med.*, 11 mai 1933, pp. 977-982.
- Barot.** — *Etude clinique sur deux variétés d'abcès musculaires*, thèse Paris, 1876.
- Bazy.** — « Myosite staphylococcique du quadriceps fémoral », *Bul. et Mém. Soc. Nat. Chirurgie*, 9 nov 1932, n° 28, p. 1324.
- Besançon et Philibert.** — « Infections à staphylocoques », *Path. méd.*, 1926.
- Bierman.** — « Myosites », *Physical. Therap.*, mai 1929, pp. 290-293.
- Boisson et Simonin.** — « Des myosites infectieuses », *Arch. de Méd. et Pharm. militaires*, 1895, t. XXV, p. 122.
- Bouffard.** — « La pyomyosite, maladie humaine à Pasteurella », *Bul. Soc. path. exotique*, 1920, n° 6.
- Boulloche.** — « Myosites à pneumocoques », *Arch. de Méd. expérimentale*, 1891, t. III, pp. 252-256.
- Brunon.** — *Myosite infectieuse primitive*, th. Paris, 1886-1887.
- Bujard.** — « Les gonocoques comme cause d'abcès métastatiques », *Rev. internal. de Méd. et Chir.*, 1896, p. 139.

- Bujwid.** — « Gonococcus als die Ursache pyämischer Abscesse », *Zentralbl. für Bakt. Med. Paras.*, 1895, p. 435.
- Careli.** — « Sur les myosites », *Pratica chirurg.*, mai 1934, n° 2; in *Journal de chirurgie*, 1935, n° 4.
- Carnot.** — « Les staphylococcémies », *Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu*, 1930.
- Cayet.** — *La myosite aiguë*, thèse Paris, 1898.
- Chatenay.** — « Un cas de pyohémie symétrique », *Ann. d'hygiène et méd. coloniales*, 1913, pp. 200-203.
- Chauffard et Fiessinger.** — « Myosites gonococciques », *Arch. de méd. experim. et d'anat. pathol.*, Paris, 1909, pp. 24-41.
- Comby.** — « Myosite aiguë », *Presse médicale*, 25 septembre 1926.
- Commes.** — « La Pyomyosite », *Bul. de la Soc. de pathol. exotique*, 1918, t. XI, pp. 822 et suiv.
- Connell (Mc.).** — « A case of myositis purulenta tropica », *In Journ. trop. med. and hyg.*, 1923, t. XXXVI, fasc. 15, n° 4, pp. 546-559.
- Courmon^t et Roचाix.** — « Article : staphylococcies », *Nouveau traité de Méd. et Thérap.*, 1922.
- Cunéo.** — « Abscesses des muscles », *Bul. et Mém. Soc. Nat. chirurg.*, 22 mars 1933, n° 12, pp. 507-511.
- Czénowska.** — « Contribution to clinic of primary polymyositis », *Polska Gaz.*, 23 octobre 1927, pp. 764-768.
- Daudon.** — *Considérations sur les foyers de myosites au cours des fièvres typhoïde et paratyphoïdes*, thèse Bordeaux, 1915-1916.
- Decousser.** — *Myosites blennorragiques*, thèse Lille, 1904-1905.
- Desprès.** — *Tumeurs des muscles*, thèse agrégation, 1866.
- Deushi.** — « Myositis acuta purulenta : 165 cases », *Taiwan Igahkai Zasshi*, 1929, n° 289, p. 21.
- Durante.** — « Anatomie pathologique des muscles », in *Manuel d'histo. pathol. de Cornil et Ranvier*, Paris, 1902.
- Eichorst.** — « Myosite au cours de la blennorragie », *Deutsch. med. Wochens.*, 1899, p. 685.
- Etienne.** — *Les pyosepticémies médicales*, thèse Nancy, 1893.
— « Les septicémies staphylococciques du type général », *Soc. médic. des hôpitaux*, 1901.

- Engelkind.** — « Metastatic myositis of external muscles of eye », *Ber. u. d. Versamml. d. deutsch. Opht. Gesellsch.*, 1929, n° 47, pp. 448-450.
- Fischer.** — « Myosite du grand pectoral avec suppuration : guérison », *Union médic. de la Gironde*, 1859.
- Frœlich et Corret.** — « Abscess des muscles; rétraction musculaire consécutive », *Soc. de méd. de Nancy*, 14 juin 1933 et *Rev. méd. de l'Est*, 1^{er} juillet 1933.
- Foucart.** — *Les polymyosites primitives*, thèse Paris, 1907.
- Gonian.** — « Altération musculaire particulière au cours des poly-névrites bériberiques », *Soc. médico-chir. de l'Indochine*, 1933.
- Gouget.** — « La polymyosite », *Presse médicale*, 1894, p. 277-279 et pp. 293-296.
- Gundrum.** — « Traumatic myositis (from use of mechanical massage machine) 2 cases », *California and West med.*, février 1931.
- Guryleff.** — « Sporadic paratyphoid a with intramuscular phlegmons », *Med. misl. azbek. i turk.*, nov.-déc. 1930, pp. 112-117.
- Hallé et Rudeaux.** — « Un cas de polymyosite infectieuse », *Pédiatrie*, n° 2, février 1932.
- Hanzawa.** — « Statistics of acute purulent myositis; causative agent staphylococcus pyogenes aureus », *Mitt. über allg. Path. und Path. Anat.*, 5 juin 1930, pp. 333-346.
- Hayem.** — « Note sur les altérations des muscles dans les fièvres », *Soc. de biologie*, 1866.
- « Note sur les altérations des muscles », *Gaz. médic. de Paris*, 1866.
- « Des myosites symptomatiques », *Arch. de physiologie*, 1870, t. III.
- Hess.** — « Polymiositis acuta », *Munch. mediz. Wochensch.*, 1925, t. LXII, p. 1858.
- Holm.** — « Beitrage zur Kenntnis der Myositis infectiosa », *Acla chirurg. Scandinavia*, 1925, t. LVII, p. 415.
- Hölscher.** — « Über die Complicationen bei 2000 Fällen von letalen Abdominaltyphus », *Munch. med. Wochensch.*, 20 janvier 1891.

- Huard.** — « Myosites infectieuses en milieu colonial », *Revue colon. méd. et chirurg.*, 1^{er} août 1931, p. 261.
- « Myosites et pseudomyosites en milieu colonial », *Ann. de méd. et pharm. coloniales*, 1932, n° 1, pp. 5-33.
- « Myosites infectieuses en milieu colonial », *Hygiène sociale*, 25 mars 1932.
- Ito et Sinnoka.** — « Myosite infectieuse au Japon », *Deutsch. Zeitch. für Chirurg.*, juillet 1903, t. LXIX, p. 363.
- Jacops.** — *Etude clinique sur les abcès musculaires qui surviennent pendant la convalescence de la fièvre typhoïde*, thèse Paris, 1873.
- Klippel.** — « Pneumonie et myosite », *Ann. médic. chirurg.*, 1887, p. 207.
- Kôrmoczi.** — « Durch Streptokokken Infection verursachte Polymyositis », *Zeutralbl. für Bakter.*, 1902, t. XXXI, p. 688.
- Kulz.** — « Der tropische Muskel Abszess », *Archiv. für Sch. und Trop. Hyg.*, mai 1913, pp. 313 et suiv.
- Labuze.** — *Des abcès développés dans la gaine des muscles grands droits antérieurs de l'abdomen*, thèse Paris, 1871.
- Laigret et Lefrou.** — « Les pyohémies à abcès profonds », *Bul. de la Soc. de pathol. exotique*, 14 juin 1922, pp. 459-476.
- Larger.** — *Polymyosite infectieuse aiguë*, thèse Paris, 1890-1891.
- Laroyenne.** — « Un cas de myosite aiguë du grand fessier au cours d'une pneumococcémie », *Lyon médical*, 1901.
- Léger.** — « La pyomyosite tropicale », *Rev. colon. de méd. et chir.*, 15 juillet 1931.
- Lemierre.** — « Les septicémies à staphylocoques », *Questions cliniques d'actualité*, 1929.
- Lenormant.** — « Myosite staphylococcique du quadriceps fémoral », *Bul. et Mém. Soc. nat. chirurgie*, 9 nov. 1932, n° 28, pp. 1320-1324.
- Le Roy des Barres.** — « La polymyosite des pays chauds », *Rev. de Méd. et d'Hyg. tropicales*, mars-avril 1929, n° 21, pp. 33-49.
- Lindner.** — « Uber Myositis », *Berlin. Klin. Wochensch.*, 1891, n° 50.
- Long.** — « Acute non tuberculous ilio-psoas abscess », *J. Oklahoma Med.*, mars 1927, n° 20, pp. 68-69.

- Lorenz.** — « Die Musklerkrankungen », *Traité de Nothagel*, 1934, t. XI.
- Lunquist.** — « Diagnosis of polymyositis; case », *Acta Med. Scandinav.*, 1929, n° 72, pp. 53-58.
- Liouville.** — « Sur les abcès musculaires dans la fièvre typhoïde », *Soc. de biol.*, 1869.
- Mackie.** — « Myositis purulenta tropica », *Kenya med. Journ.*, août 1924, vol. I, n° 5, p. 137.
- Malfatti.** — « Zur Polymyositis septica », *Müntchr. für Geburtsh. über Gynäk.*, avril 1930, n° 84, pp. 373-388.
- Marinesco, Draganesco et Façon.** — « Nouvelles contributions à la connaissance des polymyosites », *Ann. d'Anat. pathol.*, 1934, pp. 537-553.
- Martin.** — « Abcès des muscles chez l'enfant », *Le Médecin chez lui*, édit. chir., avril 1933, n° 8.
- Massias.** — « Myosites suppurées observées en Cochinchine », *Bul. de la Soc. de patho. exotique*, 1934, n° 27, pp. 768-770.
- Mauclaire.** — « Abcès des muscles », *Bul. Soc. nat. de chirurgie*, 1893.
- Miyake.** — « Beiträge zur Kenntniss der sogenannten Myositis infectiosa », *Grenzgebieten der Med. und Chirurg*, 1904, t. XIII, p. 115.
- Mollard et Regaud.** — « Anatomie pathologique des myosites aiguës, particulièrement dans la diphtérie et la typhoïde », *Congrès de méd. de Lille*, 1899.
- Moiroud et Luccia.** — « Myosite aiguë du quadriceps », *Arch. de méd. gén. et colon.*, 1935, n° 2.
- « Myosite aiguë du quadriceps » (*Bul. et Mém. Soc. chirurg.*, Marseille, octobre 1934, n° 8).
- « Myosite aiguë du quadriceps », *Provence Médicale*, 15 déc. 1934.
- Munz** — *Contribution à l'étude des abcès musculaires*, thèse Paris, 1934.
- Newburger** — « Metastatic intramuscular gonococcal abscess », *Ann. Surgery*, déc. 1926, pp. 879-885.

- Nicaise.** — « Myosite infectieuse », *Revue mens. de méd. et chirurg.*, 1877, p. 51.
- Ombredanne.** — « Muscles », *Traité Le Dentu et Delbet*, 1907.
- Oppenheim.** — « Über die Polymyositis », *Berlin. klin. Vochenschrift*, 1903.
- Osawa.** — « Vitamin B deficiency as factor in etiology of acute purulent polymyositis in Japan », *Beitr. zur Klin. Chirurg.*, 1929, pp. 621-653.
- Osawa et Ranaka.** — « Experimental evaluation of myotoxin theory as to etiology of purulent myositis », *Beitr. zur Klin. chir.*, 1926, pp. 721-732.
- Pales.** — « Les localisations chirurgicales du pneumocoque chez le noir en A. E. F. », *Bul. et Mém. Soc. clin.*, Marseille, 1933, pp. 350-368.
- « Myosites et pseudomyosites dans le milieu indigène en A. E. F. », *Ann. de Méd. et Pharm. coloniales*, 1933, n° 4, pp. 512-530.
- Partsch.** — « Traumatic myositis case », *Deutsche Zahnheft.*, 1928, pp. 5-14.
- Pergola.** — *Myosites infectieuses aiguës et chroniques; abcès des muscles*, thèse Paris, 1935.
- Pérot.** — *Considérations sur la polymyosite aiguë*, Masson et Cie, 1926.
- Philipps.** — Intermuscular abscesses with special reference to abscesses of thigh », *Britisch Med. and Surgical Journ.*, 2 fév. 1933, pp. 223-224.
- Picot.** — « Abcès des muscles », *Bul. et Mém. Soc. Nat. chir.*, 22 mars 1933, n° 12, pp. 507-509.
- Riou.** — « Pyomosite tropicale à abcès multiples et récidivants », *Marseille médical*, 25 déc. 1930, n° 2, pp. 447-451.
- Rosenow et Ashby.** — « Focal infection and elective localisation in the etiology of myositis », *Arch. of Intern. Méd.*, 1921, t. XXVIII, p. 274
- Sabrazès** — « Myosites aiguës typhoïde et paratyphoïdes », *Arch. franç. de patho. gén. et d'anat. pathol.*, 1922.

- Sabrazès et Pautat.** — « Myosite typhique suppurée expérimentale », *Rev. biol. de Bordeaux*; Soc. de biol. de Paris, 6 déc. 1921.
- Sarrailhé.** — « Pyohémies atténuées », *Ann. d'Hyg. et de Méd. coloniales*, 1909, pp. 307 et suiv.
- Scriba.** — « Beitrag zur Aetiologie der Myositis acuta », *Deutsch. Zeitch. für chir.*, 1885, pp. 448 et suiv.
- Sentex.** — *Des abcès musculaires dans la fièvre typhoïde*, thèse Paris, 1880.
- Sick.** — « Les courbes glycémiques au cours des infections aiguës fébriles », *Münch. med. Wochensch.*, 10 avril 1931.
- Smith.** — « Metastatic muscular abscesses », *Intern. Journ. med. and Surgery*, nov. 1928, p. 548.
- Someil.** — *Les abcès musculaires dans la fièvre typhoïde*, thèse Paris, 1894.
- Soulié.** — « Deux cas de polymyosites à staphylocoques chez les Sénégalais », *Marseille médical*, 5 fév. 1927, pp. 565-567.
- Stierlin.** — « Septische Necrose der Muskeln », *Virsch. Arch.*, CXXVII.
- Suard.** — *De la myosite aiguë suppurée*, thèse Bordeaux, 1896.
- Suc.** — « Contribution à l'étude des abcès musculaires », *Toulouse médical*, 5 mai 1933, p. 345.
- Sudley.** — « Etiologie du Bérubéri et ses rapports avec les vitamines », *Bul. de la Soc. de Path. exotique*, 11 juin 1922.
- Sunseri.** — « Un caso di miosite blennorragica », *Giorn. di med. Milan.*, oct. 1927, n° 76, pp. 537-540.
- Tanon.** — « Myosite aiguë tropicale », *Bul. méd.*, 1926, n° 32.
- Terada.** — « Myositis purulenta acuta caused by bacillus typhosus », *J. of Americ. med., Association*, 1917.
- Thiers.** — Article : « Myosites », *Nouveau traité médecine Vidal*.
- Unverricht.** — « Polymyosite aiguë », *Zeitchr. für klin. méd.*, 1887, pp. 530 et suiv.
- Van Creveld.** — « Acute polymyositis; case », *Zeitsch. für Kinderh.*, 1929, n° 47, pp. 74-84.
- « Ein Fall von Polymyositis acuta », *Zeitsch. für Kinderh.*, 1930, n° 49, pp. 357-360.

- Van Creveld et Auwehand.** — « Acute polymyositis », *Nederl. Tijdschr. von Geneesk.*, 22 sept. 1928, pp. 4637-4650.
- Vassitch.** — « Un cas de polymyosite gonococcique », *Bul. et Mém. Soc. Nat. chirur.*, 24 mai 1933, pp. 841-842.
- Velpeau.** — « Leçons sur la myosite », *Gaz. des Hôpitaux*, 1849, pp. 600-625.
- Veron.** — « Myosite infectieuse primitive aiguë », *Arch. de méd. et de pharm. militaires*, 1886, n° 6.
- Wagner.** — « Ein Fall von acuter Polymyositis », *Deutsch. Arch. für klin. Med.*, 1887, pp. 281 et suiv.
- Wakefield.** — « Intramuscular abcess complicating pneumonia », *Ann. clin. med.*, fév. 1927, n° 5, pp. 804-807.
- Walker.** — « The etiologic agent an the localizing factor of the abscesses in myositis purulens tropica », *Journ. infect. diseases*, septembre 1917, t. XXXI, n° 3, pp. 298-302.
- Ware.** — « Gonorrhœal myositis », *The Amer. Journ. of med. Sciences*, 1901, p. 40.
- Yovtchich et Vassitch.** — « Abscès musculaires », *Bul. et Mém. Soc. Nat. Chir.*, 26 avril 1933, n° 15, pp. 688-692.
- Zenker.** — *Über die Veränderungen der Willkürlichen Muskeln in Typhus abdominalis*, Vogel, Leipzig, 1862.
- Zteinert.** — « Zur Frage einiger seltener Komplikationen der Gicht », *Myositis und Pneumonie; Münch. med. Wochenschr.*, 1911, n° 39.

